

# Arbeidsnotat Working Paper

**2016:1**

May Østby, Inger Marie Ulla  
Jørgensen, Hege Bakken, Gry Bente  
Stranden, Guro Fiskergård Werner,  
Cecilie Campbell, Thrine Nøst  
Bromstad

Forskningsbehov innen feltet  
funksjonshemming og habilitering  
i Møre og Romsdal :  
en kartlegging gjennomført av  
forskningsgruppen  
Funksjonshemming  
og habilitering ved  
Høgskolen i Molde

May Østby, Inger Marie Ulla Jørgensen, Hege Bakken,  
Gry Bente Stranden, Guro Fiskergård Werner,  
Cecilie Campbell, Thrine Nøst Bromstad

Forskningsbehov innen feltet funksjonshemming og  
habilitering i Møre og Romsdal : en kartlegging  
gjennomført av forskningsgruppen Funksjonshemming  
og habilitering ved Høgskolen i Molde

Arbeidsnotat / Working Paper 2016:1

Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College  
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2016

ISSN 1894-4078 (trykt)  
ISBN 978-82-7962-213-0 (trykt)

ISBN 978-82-7962-214-7 (elektronisk)

FORSKNINGSBEHOV INNEN FELTET  
FUNKSJONSHEMMING OG  
HABILITERING

I MØRE OG ROMSDAL

-

EN KARTLEGGING GJENNOMFØRT AV  
FORSKNINGSGRUPPEN  
FUNKSJONSHEMMING OG  
HABILITERING VED HØGSKOLEN I  
MOLDE

May Østby (prosjektleder), Inger Marie Ulla  
Jørgensen, Hege Bakken, Gry Bente Stranden,  
Guro Fiskergård Werner, Cecilie Campbell og  
Thrine Nøst Bromstad

# FORORD

Foran deg har du nå en rapport fra Forskningsgruppen «Funksjonshemming og habilitering» ved Høgskolen i Molde. Medlemmene i forskningsgruppen gjennomførte over en periode på 2 år et prosjekt som innebar en kartlegging av forskningsbehovet innen feltet funksjonshemming og habilitering i Møre og Romsdal fylke.

Prosjektgruppen besto av ansatte fra Høgskolen i Molde og deler av praksisfeltet; Helse Møre og Romsdal og Ålesund kommune. Deltakere i prosjektperioden var Inger-Marie Ulla Jørgensen (Fagkonsulent/Spesialpedagog) og Gry Bente Stranden (Fagkonsulent/Ergoterapeut), fra Seksjon for Voksenhabilitering - Sunnmøre. Cecilie Campbell (Prosjektleder i Ålesund kommune/ fagutvikler), Ålesund kommune. De øvrige er ansatte ved Høgskolen i Molde, Vernepleierutdanninga; Hege Bakken (høgskolelektor), Guro Fiskergård Werner (høgskolelærer), Thrine Nøst Bromstad (høgskolelærer) og undertegnede.

Prosjektet hadde to målsettinger. Det første var naturlig nok å få oversikt over forskningsbehovet. Like viktig var muligheten til å få erfaring med selve forskningsprosessen.

Vi sender nå fra oss rapporten, i håp om at denne kan inspirere til praksisnær forskning. Dette er tema som kommer fra praksis og det viser et mangfold av områder som praksisfeltet opplever å ha for lite kunnskap om.

Molde 2016

May Østby (prosjektleder/førstelektor)

## Sammendrag

En kartlegging av forskningsbehov innen feltet funksjonshemming og habilitering i Møre og Romsdal fylke viste en bredde av tema tjenester og organisasjoner så behov for forskning på. Noen tema framsto som mer viktige enn andre; helse inkl. psykisk helse, diagnoser, inkludering og integrering, samt organisering av tjenester og tverrprofesjonalitet.

Kartleggingen ble gjennomført ved utsending av et elektronisk spørreskjema, som ble besvart av ansatte i ulike tjenester for personer med funksjonshemming, samt noen brukerrepresentanter. Kvalitative data ble kategorisert og analysert ad hoc. Flere av de tema som framsto som mest sentrale samsvarer med tema i tiden.

Undersøkelsen viser at det er behov for mer forskning på en rekke områder innen feltet.

Evt. spørsmål kan stilles til [May.Ostby@himolde.no](mailto:May.Ostby@himolde.no)

# Innholdsfortegnelse

Innledning	6
<b>Bakgrunn</b>	<b>6</b>
Ansvar for å drive forskning	6
Eksisterende forskning på feltet funksjonshemming og habilitering	7
Problemstilling med avgrensning	8
<b>Metode</b>	<b>9</b>
Datainnsamling	9
Utvalg	9
Bakgrunnsvariabler	10
Kategorisering, koding og analyse	12
Etiske vurderinger	13
Organisering	13
<b>Funn</b>	<b>14</b>
Bakgrunnsvariablene	14
Hovedfunn	14
En utdyping av kategorier med flest svar	16
Helse	16
Psykisk helse	16
Diagnoser	17
Organisering av tjenester	17
Inkludering/integrering	17
Tiltak/miljøarbeid	18
Dagaktivitet	19
Å leve med funksjonshemming	19
Nettverk	20

Kategorier med færre svar	20
Utfordrende atferd	20
Jus	20
Aldring, demens	21
Brukermedvirkning	21
Hjelpemiddel	21
Restkategori	21
Andre funn	22
Kjennskap til lokale forsknings-/utviklingsarbeid	22
<b>Diskusjon</b>	<b>23</b>
Helse	23
Diagnoser og psykisk helse	23
Organisering av tjenester og tverrprofesjonelt samarbeid	25
Integrering og inkludering	27
Tema med få og mangelfulle svar	30
Forskning i regionene – hvordan er det tilrettelagt for å drive med forskning?	31
Metodekritikk	31
Begrepsforståelse	31
Utvalg og utsending	32
Forskningsgruppen	33
<b>Oppsummering</b>	<b>34</b>
<b>Referanseliste</b>	<b>35</b>
 <b>Vedlegg:</b>	
1. Spørreskjema	39
2. Oppsummering av kategorier satt inn i tabell	43

## **INNLEDNING.**

Forskning innen funksjonshemmingsfeltet er et relativt nytt og foreløpig lite omfattende forskningsområde i Møre og Romsdal. Ved Høgskolen i Molde er det etablert en egen forskningsgruppe som skal dekke fagområdet. I tillegg til ansatte fra Vernepleierutdanninga ved Høgskolen i Molde, deltar også forskningsinteressert fra Voksenhabiliteringstjenestene i Helse Møre og Romsdal HF og fra kommuner i fylket. Gruppen er sammensatt av personer med forskningsinteresse, men på det tidspunkt undersøkelsen ble gjennomført hadde ingen formell forskningskompetanse. Flere hadde imidlertid erfaring med å gjennomføre prosjektarbeid. Når en forskningsgruppe er under etablering slik denne har vært, ble det ønskelig å få oversikt over områder og tema med forskningsbehov, med tanke på senere å kunne initiere forskningsprosjekt i samarbeid med praksis. Prosjektet har en tydelig praksisnær profil, hvor det ikke er forskeren, men praksis som definerer hvor behovet for forskning er størst.

## **BAKGRUNN.**

Forskning har tradisjonelt sett vært noe som skjer på forskningsinstitusjoner, universitet og høyskoler, og tema har gjerne vært introdusert av akademikeren. De senere årene ser man innen omsorgsfeltet en dreining mot en mer praksisnær forskningstradisjon. I melding til Stortinget; "Lange linjer – kunnskap gir muligheter" (Kunnskapsdepartementet 2013), omtales praksisnær forskning som et område hvor det er behov for økt innsats. Praksisfeltet fremheves her som viktige partnere, både som initiativtakere, deltakere og selvstendige forskere. Et nært samarbeid mellom forskningsinstitusjonene og praksisfeltet skal sikres både gjennom bygging av kompetanse og etablering av infrastruktur.

### **Ansvar for å drive forskning.**

Det ligger klare føringer på at både helseforetak, kommuner og høyskoler skal drive forskning, og forskningsgruppen er sammensatt av medlemmer fra både kommuner, helseforetak og høyskole.

Det er lovpålagt for *helseforetakene* å drive med forskning. I veileder for habiliteringstjenestene for voksne – spesialisthelsetjenesten fremheves forskning som et eget ansvarsområde. Det oppfordres til å støtte klinisk personell i å gjennomføre forskningsprosjekt og til samarbeid om forskning med blant annet høyskoler og kommuner. (Helsedirektoratet, 2009)

Det er svært varierende hvor mye *kommunene* er involvert i forskningsarbeid. Men de har en plikt til å medvirke og å legge til rette. «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten» (Lov om kommunale helse og omsorgstjenester, § 8.3). Målet er å stimulere til praksisnær forskning og bidra til at tjenestene



sprenger og tar i bruk ny kunnskap i møte med framtidige utfordringer. Noen få kommuner har etablert egen forsknings og utviklingsavdeling. En ser likevel at det er svært lite forskningsarbeid rundt om i de fleste kommuner. For å drive forskningsarbeid må man ha en viss forskningskompetanse tilgjengelig, noe som i liten grad finnes i de kommunale helse og sosialtjenestene. For å kunne innfri de nye kravene kommunen har til forskningsarbeid, kan det være naturlig for kommunene å orientere seg mer mot forskningsmiljøer. Også fra statlig hold understrekes kommunes ansvar for å synliggjøre kunnskapsbehov i de kommunale tjenestene og gjøre data tilgjengelig for forskning, (Kunnskapsdepartementet Meld. St. 13 (2011 – 2012), Utdanning for velferd).

Det har også kommet en håndbok om forskning i kommunene som heter «Forskning for bedre kommunale helse og omsorgstjenester». Her beskrives det hvordan kommunene kan tilrettelegge for forskning, (Senter for omsorgsforskning, 2014).

I tillegg ser en at det nå er flere prosjektmidler som blir lyst ut, der kommunene er en nødvendig part for å utløse midler. Dette er incentiver som skal føre til økt samarbeid mellom akademia og praksis. Regionalt forskningsfond har som ett av formålene å «stimulere til et tettere samarbeid mellom FoU-institusjoner og styrke koblingene til næringsliv og offentlig sektor i egen region», (Kunnskapsdepartementet, 2009, rev. 2013).

Virkemidler for regional FOU og innovasjon (VRI) er en pådriver til samarbeid. VRI midlenes formål er blant annet «Å styrke samhandling for kunnskapsflyt mellom bedrifter, forskningsmiljøer og offentlige aktører. Å mobilisere til og øke kvaliteten på forskningsbaserte utviklingsprosesser i bedrifter, offentlige virksomheter, nettverk og regioner (Forskningsrådet, 2008).

Når det gjelder *høgskolene* så ligger det i sakens natur at de som kunnskapsbedrift ikke bare skal forvalte kunnskap, men også skape ny kunnskap. I strategisk plan 2020 for Høgskolen i Molde, trekkes samarbeidet med eksterne partnere i forskning inn, både som et ansvarsområde og et middel for å bidra til blant annet regional kunnskapsutvikling. Forskningen skal blant annet styrkes gjennom aktivitet i høgskolens forskningsgrupper, (Høgskolen i Molde, 2012).

### **Eksisterende forskning på funksjonshemming og habilitering.**

*Nasjonalt* er det gjort en del forskning på området funksjonshemming og habilitering, og det kan synes som at det er et økt fokus på dette området. Det finnes en del offentlige utredninger, stortingsmeldinger, masteroppgaver og rapporter henholdsvis fra NOVA, SINTEF, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet med mer. Etter det forskningsgruppen kjenner til er det gjort lite forskning på fagområdet i Møre og Romsdal fylke, til tross for kjennskap til enkeltprosjekter og en del masteroppgaver. Vi kjenner ikke til at det eksisterer noen systematisk oversikt over forskningsbehovet på området funksjonshemming og habilitering for dette fylket.

I det rapporten er i ferd med å ferdigstilles, gis NOU 2016:17, På lik linje ut. Denne er avgrenset til å omhandle personer med utviklingshemming, altså en noe smalere målgruppe enn vår undersøkelse omhandlet. Med utgangspunkt i at de svarene vi har fått i svært stor grad omhandler personer med utviklingshemming, synes utredningen relevant, selv om vi på dette tidspunktet ikke kan trekke den inn i diskusjonen. Det som imidlertid kan nevnes er følgende synspunkt på forskning på området: «Det er behov for økt forskningsinnsats om utviklingshemmedes levekår og livssituasjon, barrierer som hindrer realisering av rettigheter, og virkninger av ordninger og tiltak. Det er i dag begrenset oppmerksomhet om utviklingshemmede i bredere forskningsmiljøer», (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s.207).

### **Problemstilling med avgrensning.**

Med utgangspunkt i overstående har forskningsgruppen arbeidet ut fra følgende problemstilling. Hvilke utfordringer/tema innenfor habiliteringsfeltet for mennesker med funksjonshemming mener ansatte i tjenesteapparatet og brukerrepresentanter at det er behov for forskning på?

Habilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011).

Prosjektet avgrenses til utfordringer knyttet til arbeid med mennesker med funksjonshemming og avgrenses videre til personer som på grunn av funksjonsnedsettelse og sammensatte vansker har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Prosjektet omfatter utfordringer som oppstår på ulike nivåer innenfor habiliteringsfeltet; både på systemnivå, organisasjonsnivå, gruppenivå eller individnivå. Utfordringer på system-/organisasjonsnivå kan for eksempel være organisering av tjenester, rammevilkår for arbeidet, samarbeid, overordnede prioriteringer (fra kommunalt eller sentralt hold). Når det gjelder gruppenivå kan utfordringene dreie seg om et arbeidsfelt; for eksempel skole, eller utfordringer i arbeid med «diagnosegrupper». Til sist kan utfordringer oppstå på individnivå; i daglig arbeid og samhandling med enkeltpersoner med ulike former for funksjonshemming.

## **METODE.**

### Datainnsamling.

Hovedspørsmålene vi ønsket svar på var hvilke temaområder eller utfordringer innenfor habiliteringsfeltet ansatte i tjenesteapparatet og brukerrepresentanter mener det er behov for forskning på, og om kommunen/organisasjonen vedkommende er ansatt i har deltatt i prosjekt/forskningsprosjekt de siste fem år. Det er altså opplevde forskningsbehov, og opplevde utfordringer som er kartlagt og det ble derfor gått åpent og bredt ut i en eksplorerende studie.

Tidlig i arbeidet med å utforme undersøkelsen ble det utarbeidet spørsmål med utgangspunkt i «etablert forskning på feltet», med en rekke alternativ med mulighet for flere valg av tema. Dette sporet ble ikke fulgt da vi i prosessen innså at en for avgrenset tilnærming og lukkede spørsmål kunne virke styrende og avgrensende på informantenes svar. Spørreskjema der respondenten ikke får mulighet til å uttrykke seg i sine egne ord, kan føles som tvangstrøye, og føre til at respondenter blir misfornøyde og lar være å svare (Jacobsen, 2003). Vi kunne risikere å ikke få kartlagt det reelle behovet, og gå glipp av viktige områder og utfordringer. En annen begrunnelse for å ikke velge lukkede spørsmål på hovedspørsmålene var at det ville bli vanskelig å få dekt alle mulige alternativer, og at listen ville bli for lang om den skulle være utfyllende.

For å nå så mange som mulig ble spørreskjema via Questback valgt som innsamlingsmetode. En utfordring med spørreskjema distribuert med e-post er lav svarprosent (Jacobsen, 2003). Av den grunn inneholdt spørreskjemaet få spørsmål med tanke på at et for langt og omfattende spørreskjema kunne resultere i at få svarte. Spørreskjema var også et naturlig valg med hensyn til tidsressurs til rådighet. Prosjektleder kunne kontaktes ved eventuelle spørsmål om skjemaet.

Noen av de som ikke svarte på spørreskjema, valgte å sende oss en epost om at de ikke anså seg som rett adressat for å besvare denne undersøkelsen. Dette kan ha påvirket svarprosenten.

### Utvalg.

Utvalget er avgrenset til Møre og Romsdal fylke. Etter som dette er en eksplorerende undersøkelse ønsket forskningsgruppen også å gå bredt ut ved valg av informanter. For å få et så helhetlig bilde som mulig av forskningsbehov ønsket vi å nå aktører på ulike nivå i tjenestene; både ansatte i kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenester, samt brukerrepresentanter.

Forespørsel om deltagelse i undersøkelsen og elektronisk spørreskjema med informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble sendt per e-post til ulike instanser som jobber med funksjonshemming og habilitering. På grunn av at alle ansatte trolig ikke har lett tilgang til PC på arbeidsplassen, ba vi de som mottok skjemaet om å distribuere det videre til tre ansatte. Etter som vi ønsket bredde i bakgrunnen til de som svarte, ba vi om at de skjemaet ble distribuert til, fortrinnsvis skulle ha ulikt utdanningsnivå; en ufaglært, en med utdanning på videregående skoles nivå og en med høyskole-/universitetsutdanning. De som mottok e-posten med forespørselen kunne selv være en av de som svarte dersom de hadde en relevant rolle i arbeid med habilitering og funksjonshemming.

Følgende instanser/organisasjoner fikk forespørselen:

- Leder av kommunale botjenester/tiltak funksjonshemmede/pleie- og omsorgstjenesten
- NAV
- Kommunale voksenopplæringscenter
- Spesialskolene
- Grunnskole og videregående skole
- Barnehagene
- Koordinerende enhet (både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten)
- Kultur/fritid og idrett/folkehelsekoordinatorer
- Helsestasjon/kommunelege
- Fastlegene
- Barneverntjenesten
- Psykiatritjenesten
- PP-tjenesten
- Fysio-/ergoterapitjenesten
- NAV Hjelpemiddelsentral
- Fylkesmannen i Møre og Romsdal (helse- og sosialavdelingen)
- Brukerorganisasjonene (FFO, NFU, LUPE, NHF, CP-foreningen, Autismeforeningen etc.)
- Rådet for funksjonshemmede (politikere)
- Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Møre og Romsdal (RLF)
- Barne- og voksenhabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal
- BUF-etat
- Utdanningsavdelingen i fylket
- Arbeidsmarkedsbedrifter

Forespørsel og spørreskjema ble sendt til 640 adresser, herunder til postmottak i alle kommuner i Møre og Romsdal, med spørsmål om å distribuere skjemaet videre. Etter purrerunde satt vi igjen med 205 som hadde sendt inn skjema, ikke alle hadde besvart undersøkelsen. Før spørreskjemaene ble sendt ut skulle vi finne adresser til aktuelle deltakere. Dette ble en tidkrevende og vanskelig jobb og vi endte opp med ulikt omfang på epostadresser

fra kommune til kommune. Dette med epostlister er en utfordring i flere sammenhenger. Det var kun hos noen få kommuner vi kunne finne en god oversikt over epostadresser, adresser, stilling og funksjon på hjemmesidene. Resten måtte ringes til og erfaringen var at sentralbord eller servicekontor i mange kommuner ikke visste hvem som hadde spesifikke funksjoner, som for eksempel kontaktperson i NAV, koordinator for funksjonshemmede (denne stillingen hadde også forskjellige navn i de enkelte kommunene), Råd for funksjonshemmede, brukerorganisasjoner, osv. Dette medførte at enkelte personer fikk forespørselen flere ganger og andre sannsynligvis ikke fikk den i det hele tatt. Det ble også sendt til postmottak i alle kommuner. Erfaringer med dette er at det er vanskelig å nå tak i personer som arbeider med funksjonshemmede på alle nivå, fra rådmann til assistent.

### Bakgrunnsvariabler.

For å få oversikt over hvilket utvalg vi hadde fått svar fra ba vi respondentene om svar på noen bakgrunns spørsmål. Dette også med tanke på at bakgrunnsvariabler kunne være interessante for en senere oppfølging med kvantitative analyser av datamaterialet, for eksempel å avdekke behovet for forskning ut fra både ledes ståsted, ståstedet til ansatte på ulikt nivå i organisasjonen, og behovet i ulike enheter. Følgende bakgrunnsvariabler ble inkludert:

- Hvilket tjenestenivå respondenten jobbet innenfor
  - Statlig/fylkesmann
  - Fylkeskommune
  - Kommune
  - Spesialisthelsetjenesten Nordmøre og Romsdal
  - Spesialisthelsetjenesten Sunnmøre
  - Brukerorganisasjoner
  - Annet
- Høyeste utdanningsnivå
  - Ufaglært
  - Videregående skole
  - Høgskole-/universitetsutdanning
- Om den som svarte hadde lederstilling eller ikke
- Kommune:
- Arbeidssted
  - NAV
  - Barnehage, skole, utdanning
  - Tiltak funksjonshemmede
  - Barne- og voksenhabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal
  - PPT/Kompetansesenter
  - Koordinerende enhet
  - Brukerorganisasjon
  - Fylkesmannen i Møre og Romsdal

- Helsetjenester
  - Psykiatritjenester
  - BUF-etat
  - Kultur/Fritid
  - Politisk verv
  - Annet
- Lengde på yrkeserfaring med funksjonshemming/habilitering
  - Navn og kontaktinformasjon

### **Kategorisering, koding og analyse.**

Fasen med kategorisering, koding og analyse var preget av en ad hoc metode. Ad hoc-metoder karakteriseres av at det ikke brukes en standardmetode for å analysere materialet som helhet, men ulike tilnærmingsmåter og teknikker for å generere mening (Kvale, 1997 s.191). Kategoriseringen og kodingsarbeidet var både basert på kritisk tolkning på bakgrunn av sunn fornuft, forskernes teoretiske for forståelse og praksiserfaringer/yrkeserfaringer.

I den første fasen gikk deltakerne i forskningsgruppen gjennom alle svarene på hovedspørsmålet individuelt og noterte seg hovedinntrykk og grovsorterte svarene før vi sammen fikk gjennom og diskuterte hver enkelts førstesortering. Det var ulike kategorier, og i diskusjonen gikk en frem og tilbake i hvordan en kunne sortere. Forslagene til kategorier var til dels overlappende, og det var ulike synspunkter på hvordan en best kunne sortere.

En del kategorier utkrystalliserte seg raskt, som f.eks. psykisk helse, mens det ikke var så innlysende hvordan andre data burde sorteres. Eksempler på dette er kategorier som ble for brede da gruppen jobbet videre med dem; for eksempel «deltagelse». Deltagelse kan romme mangt, og etter hvert viste det seg at denne kategorien måtte forlates, og nye kategorier lages.

Etter første felles kategoriseringsmøte ble ansvaret for ulike kategorier fordelt på gruppemedlemmene, som gikk gjennom alle svar individuelt og sorterte inn under kategorien de var tildelt ansvar for. Deretter ble hver enkelts sortering diskutert i fellesskap. I denne prosessen kom det forslag om flytting av svar og nye kategorier ble foreslått. Hver enkelt jobbet så videre med sortering på enkeltkategorier, på enkelte kategorier jobbet to personer sammen. Avslutningsvis diskuterte gruppa seg frem til konsensus med tanke på kategorier og avgrensning av disse. Denne tilnærmingen ble valgt med tanke på at flere fortolkere vil gi mindre vilkårlighet eller subjektivitet i analysen.

I neste fase ble materialet kvantifisert ved en systematisk opptelling av utsagn under de ulike kategoriene, for å få en grov oversikt over hvilke kategorier som utmerket seg når det gjelder forskningsbehov.

**Etiske vurderinger.**

Meldeskjema ble sendt til NSD og prosjektet er godkjent. Deltagelse var frivillig, og deltakerne skrev under på en samtykkeerklæring. Datamaterialet er anonymisert og prosjektgruppen har ikke hatt tilgang til hvem som har svart hva. Det elektroniske spørreskjemaet og datamaterialet er administrert av Enhet for utadrettet virksomhet ved Høgskolen i Molde. Personopplysninger vil bli slettet innen utgangen av 2016.

**Organisering.**

Prosjektet ble organisert gjennom forskningsgruppen «Funksjonshemming og habilitering», ved Høgskolen i Molde med daværende leder for forskningsgruppen, May Østby, som prosjektleder.

## **FUNN.**

205 personer svarte på skjemaet. Av de 205 som svarte, svarte 9 nei til å delta, og 27 hadde kun fylt ut bakgrunnsvariablene. Vi ba om 3 tema for forskning, men en god del kom med kun 1 eller 2 tema. Vi satt derfor igjen med 449 forslag til tema for forskning. Vi har ikke kunnet være sikre på hvor mye overlapp forespørslene kan ha hatt. Det var færre som svarte på undersøkelsen enn hva vi hadde forventet og håpet på. På tross av at vi fikk færre svar enn forventet ble materialet oppfattet som såpass rikt at vi kunne gå videre til kategorisering.

### **Bakgrunnsvariablene.**

De 205 svarene fordelte seg slik i forhold til bakgrunnsvariablene:

- 107 ulike stillingstitler.
- 157 var kommunalt ansatte, 6 var fra brukerorganisasjoner, 7 fra fylkeskommunen, 14 fra spesialisthelsetjeneste, 12 fra stat/fylkesmann, 9 krysset av for «annet».
- 156 hadde utdanning fra høghskolenivå og høyere, 39 fra videregående, 9 var ufaglært og 2 sto ubesvart.
- 52 av informantene var fra «tiltak funksjonshemmede». 41 fra helsetjeneste, 39 fra barnehage/skole/utdanning, 10 fra PPT, 9 fra habiliteringstjenester, 7 fra NAV, 4 fra psykiatritjeneste, 3 fra BUF-etat, 3 fra brukerorganisasjoner (som arbeidssted), 2 fra koordinerende enhet, 2 fra kultur/fritid og 1 hadde politisk verv. Tjue hadde krysset for annet og 9 svarte ikke på dette spørsmålet.
- 145 av informantene hadde over 10 års praksis, 10 hadde 7-9 år, 10 hadde 4-6 år, 31 hadde under 1 år og 9 står ubesvart.

### **Hovedfunn.**

Det var stor bredde spredt over flere felt i svarene. Som beskrevet i metodekapittelet tok vi derfor noen valg i forhold til hvilke kategorier forskningsgruppen har oppfattet som hensiktsmessige for en framstilling av resultatet. Svarene ble derfor sortert i kategorier ut fra inklusjonskriterier fremkommet ved konsensus i prosjektgruppen. Det ble nødvendig å lage underkategorier til flere av hovedkategoriene. Enkelte områder har utmerket seg med svært mange svar.

Nedenfor følger en liste over de hovedkategorier og underkategorier som er benyttet, se vedlegg 2 for fordeling av svar.

1. *Helse* ble inndelt i underkategoriene fysisk aktivitet, kost/ernæring, sykdom/skade, seksualitet, medisiner, habilitering og helseoppfølging, og en kategori kalt «annet».



2. *Psykisk helse*. Her fikk vi svært mange svar og de representerte en bredde innenfor tema psykisk helse. Vi benyttet derfor underkategoriene psykiske lidelser evt. i kombinasjon med annen diagnose, psykisk helse, rettigheter, utredning og tiltak, psykisk helse og utviklingshemming og annet om psykisk helse.

3. *Diagnose* ble inndelt i underkategoriene autismspekterdiagnoser, psykisk lidelse/diagnose, andre diagnoser, nevrologiske lidelser, kunnskap om diagnoser, diverse/annet.

4. *Organisering av tjenester, inkl. brukerstyrt personlig assistent (BPA), individuell plan (IP) og tverrprofesjonalitet*. Her er underkategoriene samarbeid, koordinering og tverrprofesjonalitet, organisering og BPA.

5. *Inkludering/ integrering*. Her delte vi inn i underkategoriene integrering og inkludering generelt, integrering og inkludering av barn og unge; a) i barnehage/skole og b) i fritidsaktiviteter, integrering og inkludering i fritidsaktiviteter (uten aldersbenevnelse) og integrering og inkludering i arbeidslivet/ dagaktivitet.

6. *Tiltak/miljøarbeid* ble delt i underkategoriene metode/tiltak/prosedyre inkl. kartlegging; effekt av tiltak; overgang, vedlikehold, relevans og d) spesifikke områder / sammensatte tema.

7. *Dagaktivitet: barnehage, skole, SFO, dagtilbud, arbeid* har underkategoriene barnehage og skole og dagaktivitet og arbeid.

8. *Å leve med funksjonshemming*. Her har vi i tillegg til det å leve med funksjonshemming, plassert underkategorien følelser.

9. *Nettverk*

10. *Utfordrende atferd* med underkategori vold/ konflikt.

11. *Jus*. Her er en underkategori helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9, som vi har valgt å ha som egen kategori til tross for kun 1 svar.

12. *Aldring/ demens*

13. *Brukermedvirkning*

14. *Hjelpemiddel inkl. kommunikasjonshjelpemiddel*

Kategoriene 9, 12, 13 og 14 utgjorde så få svar at det ikke ble ansett hensiktsmessig å lage underkategorier.

15. *Restkategori*. Vi fant det nødvendig å ha en restkategori på grunn av svar som stod veldig alene og som vanskelig lot seg plassere i de kategoriene som ble etablert i løpet av prosessen. Eksempel på dette er utsagn som "*parfymefrie sjukehus og legesenter*", "*kvalitet i journal*".

## En utdyping av de kategoriene som omfatter flest svar.

### 1. Mange var opptatt av helse (55 svar).

Who definerer helse som «en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (WHO, 1948). For å kunne tydeliggjøre den omfattende interessen for psykisk helse i svarene, valgte vi i kategoriseringen å skille ut svar som klart definerte psykisk helse og avgrense kategorien helse til alt som har med den fysiske kroppen å gjøre, somatisk helse. Dette innbefatter ernæring, medisiner, fysisk aktivitet, motorikk, helseoppfølging og seksualitet.

Innenfor kategorien helse, er underkategoriene a) *fysisk aktivitet*; b) *kost/ernæring*; c) *sykdom/skade*; d) *seksualitet*; e) *medisinering*; f) *habilitering og helseoppfølging* og g) *annet*. I kategorien «Annet» er svar som er vanskelig å plassere i noen av de øvrige underkategoriene, men som omhandler helse. Eksempel på dette er: «Munnmotorikk», «Hvor viktig hygiene er» og «Folkehelse».

### 2. Den største andelen svar omhandlet psykisk helse (67 svar).

En god psykisk helse defineres slik av WHO: *“En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.”* (mentalhelse.no, 2012).

Kategorien omhandler de svar som pekte direkte mot psykisk helse, en hovedkategori som utgjør i underkant av 1/3 av det totale antall svar vi har fått.

Når en ser nærmere på de valgte underkategoriene; spesifikke psykiske lidelser evt. i kombinasjon med annen diagnose; psykisk helse, rettigheter, utredning og tiltak; psykisk helse og utviklingshemming; annet om psykisk helse synes svarene spesifikt å omhandle psykiske lidelser. «*Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre*», (Mykletun og Knudsen, 2009).

Bortimot ¾ av svarene omhandler “Spesifikke psykiske lidelser, evt. i kombinasjon med annen diagnose”, og “psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse”.

De fleste svarene i denne kategorien ser ut til å peke mot at temaet psykisk helse oppleves viktig, men stordelen av svarene er svært generelle, for eksempel: «Angst», «Psykisk». Andre er mer spissede som for eksempel: *“Behandling av utfordrende atferd ved psykiatri og utviklingshemming”*, «*Kunnskapsnivå om utviklingshemming i psykiatritjenestene: Faller utviklingshemmede med psykiske lidelser mellom to stoler pga. lav kompetanse om utviklingshemming i psykiatritjenesten?*», «*Medfødt funksjonshemming som følge av psykisk lidelser hos mor, stress med mer*».

### 3. Diagnoser ble hyppig nevnt i svarene (48 svar).

«Diagnosene er uttrykk for en allmenn konsensus innen fagfeltet om hvordan man tenker om og forstår de ulike lidelsene» (Bakken og Eknes 2008, s. 63). I kategorien diagnoser, har vi plassert svar som omhandler konkrete somatiske og psykiatriske diagnoser, samt generelle spørsmål og utsagn om diagnoser. Her er underkategoriene a) *autismespekterdiagnoser*, b) *psykisk lidelse/diagnose*, c) *andre diagnoser*, e) *nevrologiske lidelser*, f) *kunnskap om diagnoser* og g) *Annet*.

Noen av svarene her er også plassert i kategorien «psykisk helse» fordi de omhandler en psykiatrisk diagnose eller fordi de uttrykker begge. Eksempel på dette er «*Bipolar lidelse hos barn*» og «*Sammensatte diagnoser opp imot psykisk sykdom*».

«*Psykiatri og rus i kombinasjon*», «*Arvelighet*» og «*Kognitiv utvikling til multihandikappede*» er noen eksempler fra underkategorien vi har kalt «Annet». Flere av utsagnene sier ikke noe om en spesifikk diagnose, men handler om diagnostisering generelt. Et eksempel på dette er: «*Mer forskning for å kunne finne ut mer om de forskjellige diagnosene folk har.*»

### 4. Organisering av tjenester var også et viktig tema (52 svar).

Organisering av tjenester er definert som hvordan tjenestetilbudet er organisert, oppgavefordeling mellom ulike instanser, og mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten. Koordinering blir ofte forstått mer generelt enn samarbeid (Jacobsen i Repstad, 2004). Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen (Willumsen, 2009). I Norge brukes ofte tverrfaglig samarbeid synonymt med tverrprofesjonelt.

I denne kategorien har vi fordelt i tre underkategorier. Disse er: a) *tverrprofesjonelt samarbeid og koordinering av tjenester (inkl. IP)*, b) *organisering (generell)* og c) *BPA*.

Mange var opptatt av samarbeid mellom faginstanser og koordinering av tjenesten. Noen eksempel på det er utsagn som: «*Samarbeidsformer mellom 1. og 2. linjetjenesten*», «*Foreldrene sin opplevelse av hvordan koordinator og individuell plan fungerer*», «*De gode samhandlingsformene – hvordan utvikle og beholde kunnskap*», «*Samhandling på tvers av sektorer og tjenestelinje*».

Under organisering plasserte vi også svar som f.eks. «*gode pasientforløp*», «*hvordan organisering av tjenester påvirker kvaliteten på tjenestene vi leverer*»

### 5. Inkludering/integrering ble nevnt av mange (53), men med mye overlapp i svarene.

Inkludering forstås som å fjerne barrierer for deltagelse og å skape like muligheter på alle samfunnsområder for alle individer og grupper (Brodtkorb og Rugkåsa 2009, Tøssebro 2010).

Inkludering handler om legge til rette for mangfold på ulike arenaer; som skole og arbeidsliv, slik at de er bedre tilpasset alle borgere. Integrering på sin side forstås ofte som at det er personer som blir integrert i et fellesskap (Tøssebro 2010). En har videre ulike former for integrering; fysisk, sosial, organisatorisk/administrativ, funksjonell (Tøssebro og Ytterhus 2006, Kassah og Kassah 2009). Argumentene for å bruke inkluderingsbegrepet er at fokuset flyttes bort fra den enkelte person, og over på omgivelsene, og omgivelsenes ansvar (Brodtkorb og Rugkåsa 2009, Tøssebro 2010.) Teoretisk sett kan en skille mellom begrepene, men det er grunn til å tro at respondentene ikke skiller mellom dem i nevneverdig grad etter som det ikke er uvanlig at de blir brukt om hverandre (Kassah og Kassah 2009).

Underkategorier her er a) integrering og inkludering generelt, b) integrering og inkludering av barn i barnehage/skole(i) og i fritid (ii). Underkategori c) inkludering i fritid uavhengig av alder og d) integrering og inkludering i forhold til arbeid og dagtilbud.

Et eksempel på underkategori a) er *"Bomønster for de unge voksne med kognitiv svikt? - behov for sosiale arena, men har vansker med å bli integrert pga. sykdommen."*

Eksempler fra underkategorien som omhandlet arbeidsliv og annen dagaktivitet: *"Tilrettelagt arbeidsliv for personer med utviklingshemning ut fra hva bedrifter kan tilby uten å tape på det", "Hvor høy del av personer med AS (Asperger syndrom) kommer i arbeid, hva er viktige faktorer for at de skal lykkes med dette" og "Ulike funksjonshemmedes arbeidsevne og mulige arbeidsfelt".*

Underkategoriene som handlet om fritid (b ii og c), inneholdt til sammen flest svar etter a), eksempler her er: *«Fritid og kopling til kulturtiltak», «Integrering og involvering i frivillig arbeid (fysisk aktivitet, organisasjonsliv m.m.)», «psykisk utviklingshemmede og deltakelse i fritidsaktiviteter», «meningsfull fritid»*

Også i denne kategorien forekom det en del vage svar som for eksempel: *"Sosial deltagelse"* og *"Boligsosialt"*

## 6. Tiltak/miljøarbeid omfattet også mange svar, men til dels svært vage (56 svar).

Denne kategorien omhandler tilnærmingsmåter i det daglige miljøarbeidet, kunnskap om hvordan håndtere situasjoner med mer. Også svar som omhandler kommunikasjon er plassert her.

Underkategoriene er: a) *Metode/tiltak/prosedyre inkl. kartlegging*; b) *Effekt/erfaring*; c) *Overgang, vedlikehold, relevans*; og d) *Spesifikke områder*.

Flere av svarene under metode/tiltak/ prosedyrer var svært vage og gir lite retning, som for eksempel: *«Miljøarbeid»* eller *"Målrettet miljøarbeid"*.

I underkategori b) pekte svarene mer i retning av effekt av tiltak som f. eks: «*virkningsfulle intervensjoner*» og «*viktigheten av å følge prosedyrer*».

I underkategori c) Overganger/ vedlikehold/ relevans, forekom svar som for eksempel «*opplæring av elever med utviklingshemming når det gjelder innholdet i opplæringen*» og «*målrettet verdifullt aktivitetsfokus etter endt skolegang*».

I Underkategori d) spesifikke områder/ sammensatte tema, har vi plassert svar som f.eks. «*tegn til tale*», «*sosial trening - metoder og veiledningsformer*» og «*dagsplaner*».

Til tross for at denne kategorien totalt sett omfattet ganske mange svar, så var forekomsten av ufullstendige svar relativt stor. Når det i tillegg var stor spredning i tema for svarene, vil ikke denne kategorien bli utdypet i diskusjonen.

## 7. Dagaktivitet 33 svar.

Kategorien «Dagaktivitet» omhandler ulike tema med utgangspunkt i vanlige arenaer for barn og voksne på dagtid. Med dagaktivitet menes i denne sammenheng barnehage, skole, SFO, dagtilbud eller arbeid. Begrunnelsen for å kombinere svar som omhandlet barnehage, skole og SFO i samme underkategori, er at mange av begrepene eller temaene som blir brukt i svarene overlapper hverandre. Det ble naturlig å skille mellom barn og voksne og vi har derfor brukt underkategoriene: a) Barnehage/skole og b) Dagaktivitet/arbeid. Eksempler på svar er: «*Korleis løyser vidaregåande skule oppgåva med opplæring for elevar med funksjonshemmingar*». Ellers omhandler svarene både organisering, pedagogikk, ulike former for tilnærming som for eksempel «*Dagtilbod for ungdommar/unge vaksne med funksjonsnedsettelsar. Kva er brukers behov og korleis tilrettelegge?*» De andre svarene omhandler evne, trivsel og utvikling, metoder og hindringer.

## 8. Å leve med funksjonshemming 14 svar)

Svarene som er lagt til denne kategorien omhandler det å leve med funksjonshemming sett i forhold til identitet, følelser, ulike former for funksjonsnedsettelse, selvbylde, hvordan legge til rette for mestring og økt livskvalitet, hvordan bli en del av nærmiljøet osv. Eksempler på svar er: «*Livskvalitet og utviklingshemning - korleis måle opplevd livskvalitet når den kanskje avvik frå «vanleg oppfatning»*» og «*Å leve med lett utviklingshemning, identitetsutvikling/selvbylde, risiko for å forstrekke seg og bli utnyttet*». Noen av svarene er lagt til underkategorien «følelser», for eksempel «*Økende ensomhet?*», «*Mennesker med psykisk utviklingshemning og sorg reaksjoner ved tap av familiemedlemmer/ venner*».

## 9. Nettverk (27 svar).

Kategorien nettverk inneholder svar som omhandler tilknytning, relasjoner, barnevern, familie, nettverk, vennskap og pårørende. Tema her var bla. samarbeid, foreldreveiledning, foreldres opplevelse og selvbestemmelse relatert til foreldre/verge. Sistnevnte har i seg selv ingen direkte tilknytning til nettverk, men er plassert i kategorien på grunn av utsagn som «*selvbestemmelse/samtykkekompetanse: grenseoppganger opp mot verge, pårørende og tjenesteytere*» og «*overgang fra å bo hjemme med foreldre og til å flytte i egen leilighet*». Sistnevnte utsagn kunne også vært plassert under kategorien organisering.

## **Kategorier med færre svar.**

Vi sto igjen med noen svar som hadde et tydelig fokus, selv om de var nevnt av få. Disse ble kategorisert i kategoriene: «Utfordrende atferd», «Aldring/demens», «Jus», «Brukermedvirkning», «Hjelpemiddel inkl. kommunikasjons hjelpemiddel». Noen svar så vi ikke som hensiktsmessig å kategorisere, de er samlet i en restkategori.

## 10. Utfordrende atferd (22 svar).

Utfordrende atferd defineres som «*Kulturelt avvikende atferd med intensitet, frekvens eller styrke som utsetter personen selv eller andre for fysisk fare, eller som i stor grad vil føre til begrenset bruk av eller tilgang på vanlig sosial deltakelse i samfunnet*» (Emerson mfl., i Eknes 2000 s. 204)

Dette er en kategori som omhandler svar som tar for seg tematikk rundt adferd som blir tolket som problematisk av omgivelsene. Her finner en svar som; «*Utagering*», «*fysisk aktivitet og utfordrende atferd*», «*Forebygging av utfordrende atferd hos brukere med store hjelpebehov i kommunene*», og «*Sammenheng mellom tidlig intensiv opplæring og bruk av funksjonelle ferdigheter i voksenalder – forebyggende effekt i forhold til problematferd*». Hvordan vi møter denne adferden krever også etisk drøftinger, derfor har vi plassert svar som omhandler etikk innenfor denne kategorien, til tross for at svarene ikke var direkte forbundet med utfordrende atferd, rett og slett kun «*etikk*».

## 11. Jus (16 svar).

I hovedtrekk omhandler denne kategorien svar om målgruppens generelle og spesifikke juridiske rettigheter, men også i enkelte tilfeller rettet mot enkeltgrupper. I svarene finner en blant annet begrep som; opplæring, arbeid, bolig, aktivitetstilbud og helsetjenester. Eksempel på svar i denne kategorien er: «*Brukernes rettigheter til skolegang (ifølge lovverk)*», «*.... Veldig vidt skjønnet i forhold til grensesnittet opplæring, rehabilitering, habilitering – og hvilke lovverk*

*folk skal ha sine rettigheter hjemlet i...», og «Selvbestemmelse/samtykkekompetanse: grenseoppganger opp mot verge, pårørende og tjenesteytere» og «samsvar mellom faktiske behov og tilbydde tjenester».*

#### 12. Aldring/demens (19 svar).

I denne kategorien er aldring og demens, ofte i forhold til spesifikke diagnoser plassert, for eksempel utviklingshemming, autismspekterforstyrrelser og hørselshemming. Andre eksempler er: *«Faktorer som fremmer livskvalitet hos eldre med funksjonsnedsettelse»* og *«Tilrettelegging og oppfølging for hørselshemmede eldre»*

#### 13. Brukermedvirkning (8 svar).

Brukermedvirkning er å anse som en helt selvsagt del av miljøarbeid, men er her likevel lagt inn som en egen kategori av to årsaker. For det første er det lagt sentrale føringer når det gjelder brukermedvirkning. Samtidig er brukermedvirkning ikke blitt en integrert del av alle tjenester. Selvbestemmelse nevnes også i sammenheng med andre tema, da har vi valgt å plassere under det vi har oppfattet som det viktigste budskapet i valget, (for eksempel vil *«Selvbestemmelse og habiliteringsarbeid for unge utviklingshemmede, i familier der pårørende har egne helseproblemer som for eksempel psykiske lidelser»*, plasseres ut fra pårørende/psykisk helse). Det som preger svarene i denne kategorien er at de er generelle, de fleste svarene er kun: *«Brukermedvirkning»*.

#### 14. Hjelpemiddel inkl. kommunikasjons hjelpemiddel (11 svar).

Under denne kategorien har vi plassert både tekniske og manuelle hjelpemiddel, samt forskningsbehov som går på både bruk, tilgang og effekt. Kategorien inneholder også svar som går på kommunikasjons-, kognitive-, og aktivitets hjelpemiddel. Med hjelpemidler mener vi her alle typer hjelpemidler, som i et livsløpsperspektiv kan bidra til en bedre fungering hos bruker. Eksempler på svar her er: *«Aktivitetshjelpemiddel eller tilrettelagt aktivitet, hvordan unngå en hjelpefelle?»*, *«Kognitive hjelpemidler. Hvordan implementeres, gjennomføres og institusjonaliseres bruken av slike hjelpemidler for personer med funksjonshemming?»*

#### 15. Restkategori (15 svar).

På slutten av arbeidet med kategorisering sto vi igjen med en restkategori med svar som vi fant vanskelig å kategorisere. Eksempel på slike utsagn er *«Parfymefrie sykehus og legesentre»* og *«Nyutdannede vernepleiere; Hvor i arbeidslivet blir de av? Og hvorfor?»*. Svaret:

«Minoritetsspråklige og funksjonshemninger», ble også plassert her, forøvrig det eneste svaret som nevner minoritetsspråklige.

#### Andre funn.

Prosjektleder mottok noen spørsmål i forbindelse med distribusjon av spørreskjemaet. Dette var spørsmål fra personer som opplevde sin tjeneste som noe perifer i forhold til funksjonshemmingsbegrepet, og mente at undersøkelsen ikke gjaldt dem. Dette var fra ulike deler av tjenestene som normalt også skal dekke tjenester for funksjonshemmede. En slik oppfatning av relevans kan ha påvirket svarprosenten.

#### Kjennskap til lokal forskning/prosjektarbeid.

Med bakgrunn i hypotesen om at det eksisterer lite forskning i feltet i dette fylket, valgte vi å inkludere et spørsmål om de hadde kjennskap til om deres tjeneste hadde deltatt i forskningsprosjekt. Her svarte 12 personer ja. Tema for disse prosjektene var for eksempel: *"Asylsøkere og yrkeskvalifisering"*, *"Utbrenthet"*, *"AUP multisenterstudie"*, *"Kvantitative studier i forbindelse med hjelpemiddelformidling"*. Noen av informantene som svarte ja hadde ikke tittel eller tema for prosjektene. Noen skrev «?» eller «*husker ikke*». 34 svarte at de kjente til andre prosjekt i egen tjeneste.



## **DISKUSJON.**

I vår bearbeiding av materialet erfarte vi at hadde vi med oss en forforståelse ut fra hvor vi jobber og hvilke tema som er mest sentrale i arbeidshverdagen for den enkelte av oss. Som det fremkommer i resultatdelen er det enkelte tema som fremstår viktigere å forske på enn andre. For å kunne trekke perspektivet litt lengre ut har vi valgt å se oss litt rundt på sentrale nettverkssider, nyere litteratur med mer for å sjekke hvilke tema som er aktuelle i tiden. Vi ser her stort sammenfall med de svar vi fikk og det er ikke utenkelig at det ligger en påvirkning i hvilke temaer som er aktuelle i fagfeltet. Dette gjør ikke forskning på området mindre viktig, men er en faktor som må tas med. Når man setter spesielt fokus på et tema, så vil dette kunne skape interesse utover i praksisfeltet. Vi vil her se nærmere på de 6 hovedkategoriene hvor vi fikk mest svar. Vi har også valgt å reflektere litt over de tema vi har fått få eller ingen svar på.

### **Helse.**

Funnene viser at en svært stor andel av svarene omhandler helse, både somatisk og psykisk helse. Stortingsmelding 40 «Nedbygging av funksjonshemmede barrierer» beskriver flere mål for helsetjenester for personer med nedsatt funksjonsevne, herunder personer med utviklingshemming, (Arbeids- og sosialdepartementet, 2002-2003). Blant annet er det et mål at denne gruppen skal få et relevant og helhetlig tjenestetilbud når de trenger det. Dette gjelder både diagnostisering, medisinsk behandling, oppfølging, habilitering og rehabilitering. Videre skal kompetansen til helse- og sosialpersonell styrkes når det gjelder å tolke signaler på helseplager hos personer som selv ikke kan presentere sine behov for helsetjenester. Kompetansen skal også styrkes i forhold til gi bistand til personer med alvorlig atferds avvik og/ eller psykiske lidelser.

Vi vet at mange personer med psykisk utviklingshemming har større hyppighet av en rekke tilleggsmeldinger i tillegg til hoveddiagnosen. Eksempel på tilleggslidelser er epilepsi, cerebral parese, sansehemninger, alvorlig grad av muskel og skjelett funksjonssvikt, overvekt, hudsykdom, sykdommer i sentralnervesystemet, søvnproblemer og hormonforstyrrelser (Ellingsen, 2007). Samtidig vet vi at de sjeldnere får den helsehjelp de trenger, (Ellingsen 2007). Vi ser også økt levealder hos personer med utviklingshemming, noe som medfører at de kan få sykdommer som hører til alderdommen, som for eksempel demens. Det er ut fra dette ikke urimelig å forvente at ansatte i feltet er opptatt av helseutfordringer hos denne gruppen og vi kan se igjen disse tilleggslidelsene i flere av svarene.

### **Diagnoser og psykisk helse.**

Svært mange av enkelt svarene havnet innenfor disse to kategoriene og da spesielt kategorien psykisk helse, som utgjorde i underkant av 1/3 av alle svar. De fleste svarene peker mot at temaet psykisk helse oppleves viktig, men samtidig er stordelen av svarene svært generelle og krever

mye bearbeiding for å utgjøre forskbare problemstillinger. Det at mange av svarene var så lite konkrete, gjør at de passer i begge kategoriene (diagnoser og psykisk helse) for eksempel «*Psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser*» og «*utfordringer og tiltak i forhold til dobbeldiagnostikk (autismespekter/psykiatri)*» «*angst og depresjon*». De diskuteres derfor i samme avsnitt.

Svært mange av svarene gikk på komorbiditeten psykisk lidelse og utviklingshemming. Personer med ulike funksjonshemninger har som følge av funksjonsvansken ofte en forhøyet risiko for å få en psykisk lidelse. Nasjonale og internasjonale studier peker på at utviklingshemmede er mer utsatt for å utvikle psykisk lidelse enn befolkningen generelt. Det er derfor stort behov for kunnskap på området. Historisk sett har grenseoppgangene mellom personer med psykiske vansker og personer med alvorlig grad utviklingshemning vært vage og fellesbetegnelsen «mentalt tilbakestående» har blitt brukt som en samlebetegnelse (Bakken og Olsen, 2012).

Tidligere ble psykisk tilleggsvansker hos mennesker med utviklingshemning forestått som en del av funksjonshemmingen. Begrepet *Diagnostisk overskygging* (Jopp og Keys, i Bakken og Olsen 2012), blir brukt når alle vanskene en person har, legges til funksjonsnedsettelsen og ikke defineres som en tilleggslidelse. Denne overskyggingen øker med grad av utviklingshemming, fordi det kan være vanskelig å skille disse tilstandene fra hverandre hos personer med for eksempel dårlig verbalt språk og som ikke greier å formidle sine vansker. Hos denne gruppen kan adferd som motorisk uro, rop, selvskadende adferd forekomme når de ikke mestrer å formidle fortvilelse og angst og eller opplevelse av ubehag (Bakken og Olsen, 2012).

De fleste av svarene i vår undersøkelse som går på diagnostikk omhandlet dobbeltdiagnoser, og da spesielt i forhold til autismespekterforstyrrelser og psykiske lidelser, utviklingshemming og psykisk lidelse. Dette underbygges av Bakken og Eknes (2008) med at årsakssammenhengene innenfor det psykiatriske fagfeltet er komplekse. Men også at det er mer fokus og gjenkjennelseskompentanse på området til å kunne forstå at her er noe mer enn bare en type adferd som kan generere flere diagnoser. Det er også rimelig å anta at ulike former for politisk arbeid, stortingsmeldinger, lovverk, veiledere, nasjonale løft blant annet i forhold til psykisk helse, samhandlingsreformen, innføring av inkluderende arbeidsliv (IA), HVPU reformen med mer, har påvirket hvordan vi ser på tematikken psykisk helse.

NAKU fikk i 2008 oppdrag fra helsedirektoratet å starte et nettverk av fagpersoner rundt temaet psykisk helse og psykisk utviklingshemming. Målet med dette var å bedre tilbudet for personer med spesielle behov. Nettverket sin første oppgave var å kartlegge situasjonen og deretter finne strategier for å styrke situasjonen rundt psykiske helsetjenester til personer med utviklingshemning, (Kittelsaa, 2008).

I vår undersøkelse ser vi at det kun er fire personer tilknyttet tjenester for psykisk helse som har svart, samtidig som mange av informantene er opptatt av utviklingshemming og psykiske lidelser. En ting kan være at temaet ligger i tiden, med det er også mulig å tolke dette som

forklart ved fraskrivelse av ansvar eller manglende samhandling mellom ulike deler av helsetjenestene.

Noen få svar gikk på diagnoser og kosthold, og noen på barn med medfødte sjeldne diagnoser. Det er kun et svar som går på utviklingshemming og somatisk sykdom (utviklingshemming og kreft).

Det at mange ønsker å se nærmere på forskjellige diagnosetyper kan også forklares som at mange ønsker å gi rett hjelp til rett person på et tidligst mulig stadie. «*Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester er økende, blant annet fordi antall eldre øker og fordi kommunene blir tillagt nye oppgaver. Det er derfor behov for god kunnskap for å kunne planlegge for framtidens utfordringer*» (Helsedirektoratet, Fra tro til kunnskap, 2011, s. 1). Dette medfører at kommunene må dokumentere, rapportere og føre statistikk for tjenestene de yter og behov for disse. IPLOS er et nasjonalt individbasert helseregister som skal fange opp dette og blir brukt som et verktøy for å kvalitetssikre at vi gir riktige tjenester. Det omfatter også de kommunale helsetjenestene for personer med en funksjonshemning. Forskriftene om IPLOS rapportering trådte i kraft 1 mars 2006 og alle kommunene ble pålagt å bruke det, (Helsedirektoratet, IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester, revidert 2014). Eksempel på hva som skal registeres er fastlegebesøk og funksjonsendringer. Får en bruker et funksjonsfall skal IPLOS oppdateres, noe som kan utløse nye eller andre type tjenester fra kommunen. En kan tenke seg at med større krav til helse- og omsorgspersonell, skoleverk og spesialisthelsetjenester til økt rapportering og rett behandling øker også behovet hos den enkelte ansatte om økt forskning på feltet en skal yte tjenester innenfor.

### **Organisering av tjenester og tverrprofesjonelt samarbeid.**

Med underkategoriene:

- tverrprofesjonelt/tverretatlig samarbeid og koordinering av tjenester/tilbud
- organisering av tjenester
- borgerstyrt/brukerstyrt personlig assistanse

En del utfordringer i arbeid med mennesker med funksjonsnedsettelse kan knyttes til faktorer på system-/organisasjonsnivå som hvordan tjenestene er organisert, og oppgavefordelingen mellom ulike instanser. Av datamaterialet ser vi at en del opplever utfordringer som er knyttet til koordinering av tjenester/tilbud og tverrprofesjonelt samarbeid. Utfordringene gjelder både koordinering av og samarbeid mellom tjenester på samme nivå og mellom ulike nivåer (kommunalt nivå og andrelinjetjenester).

Tjenestetilbudet i offentlig sektor kjennetegnes av faglig spesialisering, og kan sies å være fragmentert (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2014). Denne spesialiseringen og

fragmenteringen gir utfordringer. Hvordan kan de ulike tilbudene og enhetene koordineres? Fragmentering fordrer at det legges til rette for samarbeid og koordinering mellom ulike instanser; noe som er særskilt viktig i forhold til personer med sammensatte behov som har behov for koordinerte tjenester.

Datamaterialet viser at utfordringene gjelder både tverrprofesjonelt/tverrfaglig samarbeid og koordinering mellom tjenester. Enkelte av svarene kan tyde på at flerfaglig samarbeid; det vil si at instanser jobber parallelt, men lite sammen (Willumsen 2009), fremdeles er en utfordring innen habilitering og funksjonshemming. Flere etterlyser tettere samarbeid, noe følgende sitater fra undersøkelsen kan illustrere: *«Koordinering på tvers av enheter og fag for et mer helhetlig tilbud til barn og foreldre»*, *«en drøfting av hvordan en kan løse sammenfallende ansvarsoppgaver på tvers...»*, *«kva element må vera til stades i tverrfagleg/-etatleg samarbeid for å lukkast med feltet funksjonshemming og habilitering»*, *«...samarbeid med skole, jobb...»*.

Sitatene tyder på at tjenestetilbudet oppleves som fragmentert fra fagfolks side, noe som en også ser i andre studier (Ødegård 2008, Willumsen 2009, Willumsen og Ødegård 2014). Samarbeid er også et svært dagsaktuelt tema, så sann sett er det ikke overraskende at mange av respondentene er opptatt av det. Behovet for samarbeid og tverrprofesjonalitet har vært understreket i lang tid, blant annet fra myndighetenes side (f.eks. NOU 1986:4. Samordning i helse- og sosialtjenesten, NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene, NOU 2009:22. Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og Unge). Helsepersonells tverrprofesjonelle kompetanse søkes også styrket gjennom utdanningsløpet for å øke kvaliteten i helse – og omsorgstjenestene (bl.a. Stortingsmelding 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, Rammeplan for sykepleierutdanning 2008, Rammeplan for vernepleierutdanning 2005).

Fra politisk hold blir tverrprofesjonelt samarbeid sett på som en viktig strategi for å utforme offentlige tjenester av høy kvalitet (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2014). Et av formålene i helse- og omsorgstjenesteloven er å sikre bedre samhandling innad i kommunene og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven §1.1 og § 3.4). Behov for mer tverrprofesjonelt samarbeid er også aktualisert ved at Samhandlingsreformen ble implementert i 2012. Målet med Samhandlingsreformen var å få et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud: «Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen medfører et krav om at ulike instanser og nivåer skal samarbeide for å sikre pasienter og brukere bedre kvalitet på og bedre sammenheng mellom tjenestene.

Et formål i Helse- og omsorgstjenesteloven og Samhandlingsreformen er å bedre samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Av svarene ser vi at enkelte opplever utfordringer i forhold til dette da enkelte etterlyser mer samarbeid mellom disse nivåene.

Noen av respondentene har erfart utfordringer i forhold til koordinering av og oppfølging av individuell plan; også et satsningsområde i Samhandlingsreformen. Etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 7 (2011) og Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (1999/2014) har pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til å få utarbeidet individuell plan (IP). Kommunene skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og det er et krav at kommunene skal tilby en koordinator for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det kan synes som om samarbeidet om IP ikke alltid fungerer tilfredsstillende. Det er mulig at koordinatorrollen og organiseringen av koordinerende enhet ikke er tilstrekkelig avklart i alle kommuner. Kommunene er også avhengig av et tett samarbeid med andrelinjetjenestene. Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet i helsetjenestene etter innføringen av Samhandlingsreformen viser at «halvparten av kommunene og helseforetakene mener at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester», (Riksrevisjonen, 2015, s. 10.). Våre funn er i så henseende ikke overraskende.

Den ene underkategorien omhandler borgerstyrt/brukerstyrt personlig assistanse. Borgerstyrt/brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en annen form for organisering av tjenester enn de tradisjonelle kommunalt styrte tjenestene, og ble nedfelt i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b (2011). Som det ligger i begrepet skal tjenestene her styres av personen selv, noe som en kan tenke seg kan utfordre rådende tenkning i enkelte tjenester. Her fikk vi få svar, noe som var litt overraskende for enkelte i forskergruppen som hadde forventet at det kanskje kunne oppstå utfordringer på grunn av at det var en relativt ny ordning i kommunene da undersøkelsen ble gjennomført. En mulig årsak til dette kan muligens være at ikke så mange av respondentene hadde så mye erfaring med ordningen ennå. Det har vært forskjellig praksis mellom kommuner i tildeling av BPA og omfanget av ordningen (Askheim 2013).

I underkategorien organisering som ikke handler direkte om samarbeid er funnene varierte og vi har en stor spredning, og handler blant annet om bedre tilpassede pasientforløp, tilgjengelighet av tjenester, arbeidstidsordninger, og kvalitet på tjenester. Det er ingen områder som utmerker seg spesielt i denne underkategorien.

Når resultatene tilsier at det kreves mer forskning på disse områdene, kan det tyde på at man er usikker på man har god nok samhandling og organisering i tjenestene. Og at man har behov for klare svar og mer kunnskap om dette.

Vi ser noen få svar som trekker fram økonomi som et område det er behov for forskning, for eksempel *«Rettigheter til funksjonshemmede: bistand til unge og eldre psykisk utviklingshemmede med hensyn til opplæring og arbeid og ikke minst bolig. Vi ser nå at institusjonaliseringen har gjenoppstått ved at kommuner bygger samlokalisert under dekke av at "de trives sammen" og ikke fordi det er økonomisk og praktisk for kommunene»*. En vet at denne gruppen rent samfunnsøkonomisk er krevende. For eksempel når det gjelder

mennesker med utviklingshemming så er helse og omsorgstjenestene relativt dyre fordi de har stort omfang. En ser også større krav til kompetanse og kvalitet i tjenestene, ansvar for å drive mer effektive og koordinerte tjenester med ønske om drive bedre og gjerne billigere. Kombinert med at kommuneøkonomien er svært dårlig i mange kommuner, vil det være behov for forskning på hvordan oppnå målene om god kvalitet i tjenester som er utsatt for effektiviseringspress.

### **Integrering og inkludering.**

Kategorien inneholder mange svar som går på tilhørighet, isolasjon og ensomhet, boformer både for mennesker med en utviklingshemning og mennesker med psykiske lidelser. Svarene kan tolkes som at det fremdeles er utfordringer med å oppnå reell sosial integrering. Når det gjelder isolasjon og ensomhet støttes dette av andre studier; bl.a. Molden, Wendelborg og Tøssebro (2009) som viste at blant personer med nedsatt funksjonsevne opplevde 29 % ofte eller av og til en følelse av ensomhet (Kittelsaa, Wik og Tøssebro, 2015). For å sette svarene i et historisk perspektiv kan vi vise til Stortingets vedtak i 1988 om å legge ned institusjonene for mennesker med psykisk utviklingshemning, den såkalte HVPU-reformen. Reformen innebar at personer med psykisk utviklingshemming skulle flytte fra de store sentralinstitusjonene og til sine hjemkommuner hvor de skulle integreres i lokalsamfunnet. Ansvar ble flyttet fra stat og fylkeskommune til kommunene. Fysisk integrering i nærmiljø og administrativ/organisatorisk integrering som avvikling av særomsorg og etablering av felles lovverk medfører ikke nødvendigvis sosial integrering. Det var ikke bare innenfor boligtjenesten ansvarsoppgavene ble flyttet over fra stat til kommune. Det har også vært reformer innenfor spesialundervisning, barnevern, psykiatri, eldreomsorg og omsorg for fysisk funksjonshemmede, (Tøssebro, udatert).

Rapporten Innfridde mål eller brutte visjoner? (Søderstrøm og Tøssebro, 2011), oppsummerer noen av hovedtrendene innen utviklingen og levekårene for utviklingshemmede siden ansvarsreformen på 1990- tallet og frem til 2010. Rapporten baserer seg blant annet på data fra undersøkelsen «Utviklingshemmedes levekår og tjenester 20 år etter "reformen"» (Søderstrøm og Tøssebro, 2011), samt tidligere undersøkelser fra 1989, 1994 og 2001. Hovedtrenden som 2010 undersøkelsen viser kan når det gjelder kategorien integrering og inkludering kort oppsummeres som følger; (I) når det gjelder bolig er det en tydelig trend i retning av at flere utviklingshemmede nå bor i større og mer sammensatte bofellesskap enn tidligere. (II) utviklingshemmedes deltakelse i fritidsaktiviteter har på noen områder økt mellom 2001 og 2010, mens det har vært stagnasjon på andre områder. (III) familiekontakten har økt de siste årene, samtidig som det er en negativ trend når det gjelder kontakt med naboer uten utviklingshemming. (IV) andelen utviklingshemmede som ikke har noen dagaktivitet øker jevnt, og mens arbeidsmarkedsetatens rolle reduseres, dreier flere og flere kommunale tiltak fra produksjon over mot aktivisering, eller ingenting, (Søderstrøm og Tøssebro, 2011, s. 7). Problemstillingene i rapporten har også vært mye oppe i media. Ved å

sette fokus på en problemstilling som er kjent eller en føler på kroppen, kan også ønsket om forskning på området øke.

Det synes som om en del av våre respondenters erfaring er i samsvar med Tøssebro og Söderströms funn når det gjelder boformer og inkludering på «det ordinære» arbeidsmarkedet. Som vi har sett er integrering/inkludering i arbeidslivet et tema en del av våre respondenter ønsker mer forskning på. Et inkluderende arbeidsliv er et overordnet politisk mål. Samtidig ser en at sysselsettingsgraden blant personer med nedsatt funksjonsevne er lavere enn blant resten av befolkningen (Kittelsaa m.fl., 2015,). Ifølge Söderström og Tøssebro (2011) har arbeidsmarkedsetatens rolle i integrering av utviklingshemmede i arbeidslivet gått ned fra 2001 til 2010. Rapporten «Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming» (Bufdir, 2012), viser også til en økning i tilrettelagt arbeid i skjermet virksomhet, og en klar økning i VTA (varig tilrettelagt arbeid) plasser i perioden 2001-2011. Samtidig er overgangen fra VTA til arbeid i ordinært arbeidsliv relativ lav (ca. 1-2 %). Andre studier viser også at personer med psykisk utviklingshemming i stor grad er sysselsatt på skjermede arbeidsplasser; de fleste jobber i arbeidsmarkedstiltak eller har aktiviteter på dagsenter (Olsen, 2006, Kittelsaa m.fl., 2015).

Som vi ser ovenfor har utviklingshemmedes deltakelse i fritidsaktiviteter økt på noen områder mellom 2001 og 2010, men samtidig stagnert på andre (Söderström og Tøssebro, 2011). I vår undersøkelse blir integrering i fritidsaktiviteter (både for voksne og barn); fremhevet: «Kultur og fritidstilbud til utviklingshemmede», «integrering i lag/organisasjoner», «fritidsaktiviteter for utviklingshemmede og andre funksjonshemminger».

I undersøkelsen jobbet mange av de som svarte innenfor skole- og dagtilbud. En årsak til at mange ønsket videre forskning på inkludering/integrering av ulike typer kan være at dette er noe som det jobbes med innenfor skoleverket. Inkludering er et grunnleggende prinsipp i norsk utdanningspolitikk (St.meld. 18 2010-2011). Enhetsskoletankegangen innebærer at skolen skal favne om alle og ivareta mangfoldet i elevenes bakgrunn og forutsetninger (Kunnskapsløftet, 2006). «Det er myndighetenes ansvar å legge til rette for at rettighetene realiseres for hvert enkelt barn – uavhengig av forutsetninger og evner» (Kunnskapsdepartementet, St.meld. 18 2010-2011). I Læreplanverket for Kunnskapsløftet (LK06) er inkludering knyttet til sosial og kulturell kompetanse under prinsipper for opplæring,: «Et tydelig verdigrunnlag og en bred kulturforståelse er grunnleggende for et inkluderende sosialt fellesskap og for et læringsfellesskap der mangfoldet anerkjennes og respekteres» og til tilpassa opplæring og likeverdige muligheter: «Uavhengig av kjønn, alder, sosial, geografisk, kulturell eller språklig bakgrunn skal alle elever ha like gode muligheter til å utvikle seg gjennom arbeidet med faget i et inkluderende læringsmiljø» (Utdanningsdirektoratet, Kunnskapsløftet, Prinsipper for opplæringen, 2006 s. 4).

Ønsket om fokus på integrering og inkludering kan ha sammenheng med utfordringer med å omsette overordnede politiske prinsipper til hverdagspraksis; altså et misforhold mellom idealer og praksis.

### Tema med få og mangelfulle svar.

I arbeidet med kategoriseringen av materialet var det områder der forskningsgruppen undret seg over få eller mangelfulle svar, utelatte tema, og yrkesgrupper som ikke svarte på undersøkelsen. Dette dreide seg gjerne om tema som medlemmer i forskningsgruppen forventet det ville komme svar om, og kan som sådan sies å ha sammenheng med deltakerne i forskningsgruppens egen forforståelse. Noen av tema var det så få som viste interesse for, at det ikke var naturlig å opprette en egen kategori. Eksempler: målsetning og forventet resultat, kommunikasjon, ensomhet, selvbestemmelse, minoritetsbakgrunn og tospråklighet, etikk, medisiner, BPA, integrering i fritidsaktiviteter, følelser, seksualitet, makt og tvang, og foreldrenes opplevelser av tjeneste. Dette er tema som ut fra prosjektgruppas forståelse er sentrale i arbeidet med funksjonshemmede, og hvor vi ser at det er forskningsbehov.

Makt og tvang er nedfelt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kap. 9 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og er sentralt innenfor de tjenestene som yter tjenester for mennesker med utviklingshemning. Denne loven er ikke gjeldende for andre med funksjonshemminger, og det at vi fikk få svar innen dette temaet kan være begrunnet i dette. Samtidig så ser en at vi har fått flest svar fra personer ansatt i det kommunale hjelpeapparatet som yter tjenester til utviklingshemmede. Det blir derfor naturlig å spørre seg om noen av de temaene vi oppfatter som manglende kan skyldes at de er så dagligdagse at en ikke relaterer dem til et forskningsbehov, eller at oppfatningen er at det allerede er nok forskning på feltet.

Svarene vi har fått har stort spenn i hvor presise de er, og dermed hvordan de har blitt forstått og tolket av oss før kategorisering. Svarene spenner fra enkeltord til nærmest direkte forskbare problemstillinger. Svar som *arbeid; psykisk; fysisk; arbeid; etikk; medisiner; boligsosialt* og *grad av tilhørighet*, er alle svar som i seg selv ikke gir retning til problemstillinger en kan bruke i forskning. Kategoriene våre fanger likevel opp at temaet er viktig for informanten og er blitt plassert inn i en eller flere av kategoriene.

En del svar er klart mer presise enn eksemplene over og er på god vei til å være direkte forskbare, for eksempel *«Kor høgt del av personar med AS kjem i arbeid, kva er viktige faktorar for at dei skal lukkast med dette?»*, *«Hvordan øke sannsynligheten for at en funksjonshemmet ungdom kommer i arbeid etter endt utdanning. Fokus på fremmede faktorer som en kan begynne med alt fra barnehagealder.»*

Noen henvendte seg til prosjektleder med spørsmål om deres tjeneste hadde relevans. Når disse spørsmålene trekkes inn her er det fordi det ordinære tjenestesystemet også skal dekke tjenester til mennesker med ulike funksjonshemminger. Når tjenestene ikke har en klar bevissthet om at de dekker tjenester for alle borgerne i kommunen, så kan dette tyde på at tilbudet fortsatt er segregert på flere tjenesteområder. Dette kan også peke mot en form for ansvarsfraskrivning. Det kan også ligge en forklaring i vår begrepsbruk, for eksempel at habilitering ikke er et tilstrekkelig kjent begrep for de som fikk henvendelsen.



## **Forskning i regionen – hvordan er det tilrettelagt for å drive med forskning.**

Som beskrevet i innledningen, påhviler det kommuner, helseforetak og høyskoler å understøtte og drive med forskning. Det gjeldende prosjektet har oppstått ut fra eget initiativ i forskningsgruppen. Hvordan ligger det så til rette for å drive med forskning som ansatt i kommuner, helseforetak eller høyskoler?

Roald Lysø (2013) i Trøndelag Forskning og Utvikling har jobbet med kompetansekobling i offentlig sektor. Han sier i forbindelse med et FoU seminar at det er mye uforløst i kommunene fordi de ikke driver nok med forskning og innovasjonsarbeid. Han mener at kommunene bør være mer innovative i sin utvikling for å få bedre tjenester. Han har drevet et pilotprosjekt i Sør Trøndelag som omhandler kompetansekobling for å få mer forskning i kommunene. Erfaringene fra pilotprosjektet er at det er stort behov for FoU-prosjekter i kommunene, men at det varierer hvor mye tid, ressurser og kompetanse kommunene har på å sette i gang slike prosesser. Mange er svært presset på både tid og penger, og noen ser FoU-prosjekter kun som en utgiftspost»

Prioriteringsveilederen for habilitering vektlegger at habiliteringstjenesten for voksne(HAVO) bør prioritere forskning. Den viser også til at det bør være et samarbeid mellom HAVO og tilgrensede fagområder som barnehabilitering, nevrologi, psykisk helse og rehabilitering om forskning og fagutvikling (Helsedirektoratet, 2009). I tillegg står det at en bør sette fokus på ny kunnskap om samhandling med kommunehelsetjenesten vedrørende behandlingstilbud og utforming av tjenester i kommunene (Helsedirektoratet, 2009).

## **Metodekritikk.**

Mulige feilkilder i vår datainnsamling kan sees med bakgrunn i begrepsbruk, utvalg, utsending, samt faktorer knyttet til prosessen i forskningsgruppen.

### Begrepsforståelse

Som nevnt over kan bruken av begrepet habilitering i invitasjonen til å delta i undersøkelsen være en mulig årsak til at enkelte ikke har svart. Med et så bredt utvalg, kan det tenkes at en del av de som fikk tilsendt skjemaet, for eksempel i skole, barnehage og deler av helsetjenesten, ikke har særlig erfaring med habiliteringsbegrepet, kobler det til andre profesjoner og tjenesters ansvarsområde.

Det er også mulig at vår bruk av begrepet funksjonshemming har ført til at enkelte har unnlatt å svare, da enkelte kanskje tenker at de ikke har hovedansvar for personer med funksjonshemming, men at dette er andre instansers hovedansvar.

Siden vi også valgte å definere begrepene habilitering og funksjonshemming inne i svarskjemaet, og ikke i e-postforespørselen, kan noen ha svart nei til å delta allerede før de gikk inn i skjemaet på grunn av at de ikke assosierer begrepene med sitt arbeidsområde.

Vår bruk av begrepet forskning kan også ha ført til noen feilkilder. Enkelte har muligens ikke svart fordi de kanskje tenker at forskning er noe som ikke angår dem i deres daglige arbeid. Andre har kanskje svart på hva de mener er kompetansehevingsbehovet (behov for kurs og utdanning) og hvilke områder de mener det er behov for mer kunnskap på, selv om vi fremhevet at vi ikke ønsket svar på det. Det var viktig for oss å få svar på *forskningsbehov*, men spørsmålsformuleringen kan hatt noen uintenderte konsekvenser.

Det er mulig at informasjonen om prosjektet ikke var tydelig nok, slik at enkelte ikke forstod at de var å betrakte som informanter for denne undersøkelsen. Med tydeligere informasjon og enklere begreper i forespørselen hadde kanskje flere valgt å svare.

### Utvalg og utsending

Det oppstod utfordringer med å finne fram til de riktige personene. Etter som dette er en eksplorerende undersøkelse ønsket forskningsgruppen å gå bredt ut, og spørreskjemaet ble sendt til ulike instanser som jobber med funksjonshemming og habilitering. For å få et så helhetlig bilde som mulig av forskningsbehovene ønsket vi å nå aktører på ulike nivå i tjenestene; både ansatte i kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenester, samt brukerrepresentanter. Vi ønsket også å trekke inn politikere i brukerutvalg, men e-postadresser var ikke lett tilgjengelige (opplysninger om epostadresse var ikke å oppdrive). Vi har derfor få svar fra brukerutvalgsrepresentanter/politikere. Vi endte derfor opp med et litt annet utvalg enn det vi i utgangspunktet ønsket.

En kompliserende faktor i forhold til å nå frem til alle er at kommunene er organisert på så ulike måter. Det er dermed ikke gitt hvem man bør sende forespørsel til. Oversiktene på kommunenes hjemmesider er heller ikke alltid like oversiktlige. I purrerunden måtte vi ringe direkte til kommunene for å få oversikt over lederne i ulike enheter. Vi fikk utfyllende oversikt fra enkelte kommuner, fra andre litt mindre utfyllende. Forespørselen ble formidlet videre fra postmottaket i noen kommuner, fra andre ikke. Dette medførte at enkelte fikk mailen flere ganger og andre ikke fikk den i det hele tatt.

På grunn av at alle ansatte trolig ikke har lett tilgang til PC på arbeidsplassen og ikke har egen epostadresse, ba vi de som mottok skjemaet om å distribuere det videre til tre ansatte. Etter som vi ønsket bredde i bakgrunnen til de som svarte, skulle disse fortrinnsvis ha ulikt utdanningsnivå; en ufaglært, en med utdanning på videregående skole nivå og en med høgskole-/universitetsutdanning. De som mottok e-posten kunne selv være en av de som svarte om de hadde en relevant rolle i arbeid med habilitering og funksjonshemming. Det er

mulig at vi ikke har nådd deler av ansatte som ikke er så tilgjengelige på epost, sjelden sjekker epost, eller ikke har egen epostadresse.

En utfordring med elektroniske spørreskjema er at de kan ha relativt lav svarprosent. Vi har ikke utfyllende oversikt over alle enheter i fylket som er involvert i arbeid på habiliterings-/funksjonshemmingsfeltet, så svarprosent er ikke mulig å regne ut.

#### Forskningsgruppen.

Deltakerne i forskningsgruppen kommer fra ulike instanser med en bredde av erfaringer og oppfatninger og vi har erfart at den enkeltes forforståelse av hva det er behov for forskning på, har preget deler av arbeidet. Spesielt kom dette til uttrykk i arbeidet med kategorisering av svarene. I den enkeltes arbeid oppleves noen problemstillinger og tema som mer sentrale og viktige enn andre. Erfaringer fra arbeidet i habiliteringstjenesten, som ansatte i tjenesten i kommunen og som ansatt i vernepleierutdanningen har vist seg å komme til uttrykk i ulike forventninger til hva vi ville få av svar. Dette kan også ha farget våre tolkninger i det vi dermed synes å finne mangler i forskningsbehov, en overdimensjonering på enkelte tema osv. Deltakernes forforståelse kan også sies å være påvirket av "tema i tiden" innenfor de ulike arbeidsområdene. For eksempel kan den som er opptatt av selvbestemmelse, som også er et viktig tema i tiden, kunne reagere på at dette kom lite opp. Det at få svar omhandlet selvbestemmelse behøver dermed ikke å bety at tema er uten forskningsinteresse, men at dette oppleves som selvsagt og at andre tema tvinger seg fram som mer sentrale å utforske.

## OPPSUMMERING

Datamaterialet viser at de tema det er signalisert mest forskningsbehov i forhold til, i stor grad samsvarer med tema som er aktuelle i tiden; helse, diagnoser og organisering. Viktige helse- og sosialreformer samsvarer i stor grad med våre funn. Samtidig ser vi at tema som vi i regi av vår stilling også mener er viktige å få forsket mer på, er mindre framtrædende i materialet, for eksempel miljøarbeid, kommunikasjon, selvbestemmelse. Spørsmålet må være om det er forskningsbehovet eller skoleringsbehovet som er mest framtrædende i sammenheng med de sistnevnte. Andre interessante funn i materialet er hvem som ikke har svart på henvendelsen og de som ikke helt har sett at personer med funksjonshemming har en selvsagt rolle i de ordinære tjenestene. Selv om ordet habilitering kan være fremmed for noen, så er vi redd at dette ikke er hele forklaringen.

Selv om studien har sine mangler ved at det kom for få svar som til dels også var for lite konkrete, så gir de en mulig retning til videre forskning. Med tanke på de forskningsområder høgskolen er opptatt av og driver med vil funn fra denne studien kunne være interessante for flere av forskningsgruppene. Vi ser også for oss at tema som er tatt opp vil kunne gi grunnlag for forskning på tvers av forskningsgrupper, som for eksempel funksjonshemming og psykisk helse, funksjonshemming og aldring, tverrprofesjonalitet i forhold til mennesker med funksjonshemming. Her er mange ideer i materialet som vi håper kan vekke interesse. Det viktigste her er imidlertid at dette er forskningsbehov som er signalisert fra praksisfeltet, og med de føringer som ligger på at forskning skal være praksisnær, vil funnene kunne gi opphav til viktige og praksisnære prosjekt, sammen med praksisfeltet.

I arbeidet mener vi å ha avdekket noen av de forskningsbehov som ses som viktige i fylket, og vi håper dette kan gi opphav til nye forskningsprosjekt. Det er store utforskede tema, og brukergrupper som har behov for interesserte og kunnskapssøkende ansatte i kommuner, helseforetak og høgskoler

På grunn av manglende tid ble ikke en kvantitativ tilnærming med analyse i SPSS av de 15 kategoriene på hovedspørsmålet opp mot bakgrunnsvariablene gjennomført i denne omgang.

## REFERANSELISTE

- Arbeids- og sosialdepartementet (2003). St.meld. nr. 40 (2002-2003), Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-40-2002-2003-/id197129/sec1>, hentet 26.11.16.
- Askheim, O.P. (2013) Brukerstyrt personlig assistanse – Kunnskapsstatus. Høgskolen i Lillehammer: Forskningsrapport.
- Bakken, T.L. og Olsen, M.E. (red) (2012) *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning, forståelse og behandling*. AIT Otta AS
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2013) Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemning. Rapport/Bufdir, nr. 1. [http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Sosial\\_Inkludering/Rapport\\_Utviklingshemmede\\_NY.pdf](http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Sosial_Inkludering/Rapport_Utviklingshemmede_NY.pdf)
- Barne- og likestillingsdepartementet, (2016), NOU 2016:17. På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning, <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>, hentet 3.11.16
- Barne- og likestillingsdepartementet. NOU 2009:22. Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge
- Brodtkorb, E. M. og Rugkåsa (2009) Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. Dimograf Polen: Gyldendal Akademisk.
- Eknes, J. (2000) *Utviklingshemning og psykisk helse*. Universitetsforlaget. AIT Otta AS
- Bakken, T.L. og Eknes, J. (2008). «Diagnostisering – perspektiver og utfordringer.» I Eknes, J.; Bakken, T.L.; Løkke, J.A og Mæhle, I. «Utredning og diagnostisering, utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker». Oslo: Universitetsforlaget
- Ellingsen, K.E. (2007). Helseoppfølging av personer med utviklingshemning; NAKU, [http://www.naku.no/sites/default/files/Helserapport\\_0.pdf](http://www.naku.no/sites/default/files/Helserapport_0.pdf), lest 1.7.16
- Forskningsrådet (2008). Virkemidler for regional FOU og innovasjon (VRI), [http://www.forskningsradet.no/prognnett-vri/Om\\_Programmet/1224529235268](http://www.forskningsradet.no/prognnett-vri/Om_Programmet/1224529235268), lest 1.7.16
- Helsedirektoratet, (2014). IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester, <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>, hentet 26.11.16
- Helsedirektoratet, (2011). "Fra tro til kunnskap". Veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/769/Veileder-i-bruk-av-IPLOS-sumrapporter-IS-1929.pdf>. Lest 26.11.16

Helsedirektoratet (2009). Habiliteringstjenesten for voksne – i spesialisthelsetjenesten, Veileder, IS-1739

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>, hentet 26.11.17.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_8), hentet 26.11.16

Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene - Samordning og samhandling i kommunale helse- og sosialtjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). Lov om Pasient og brukerrettigheter, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>, hentet 26.11.16.

Høgskolen i Molde, (2012). Strategisk plan 2020, <http://www.himolde.no/OmHiMolde/Sider/Organisasjon/Strategisk-plan-2020.aspx> , hentet 3.6.14.

Jacobsen, J.I. (2004) Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I: P., Repstad(red.) (2004) Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis. Oslo: TANO.

Jacobsen, J. I. (2003) Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskaplig metode for helse- og sosialfagene. Steinkjer: Høyskoleforlaget AS.

Kassah, A. K. og B. L. L. Kassah (2009) Funksjonshemning. Sentrale ideer, modeller og debatter. Bergen: Fagbokforlaget.

Kittelsaa, A., Wik, S.E. og Tøssebro, J. (2015). Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Fellestrekk og variasjon. Rapport: Mangfold og inkludering. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Kittelsaa, A. (2008). Utviklingshemning og psykiske helsetjenester, NAKU, september 2008, [http://naku.no/sites/default/files/attachments/rapport\\_psykiske\\_helsetj121.pdf](http://naku.no/sites/default/files/attachments/rapport_psykiske_helsetj121.pdf) , lest 1.7.16

Kunnskapsdepartementet (2013). Lange linjer – kunnskap gir muligheter. Meld. St. 18, (2012–2013) <https://www.regjeringen.no/contentassets/9f8d4da472c04edf8cabee3fed441b3d/no/pdfs/stm201220130018000dddpdfs.pdf>, hentet 1.7.16

Kunnskapsdepartementet (2013). Retningslinjer for regionale forskningsfond, <https://www.regjeringen.no/contentassets/f049aac97ede442b86a6682bdf143986/retningslinjer-for-regionale-forskningsfond-07.04.13.pdf>, lest 26.11.16.

Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011 – 2012) Utdanning for velferd.

Kunnskapsdepartementet (2011). Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov, Meld. St. 18 (2010–2011), <https://www.regjeringen.no/contentassets/bae60df7c4637a72fec2a18273d8b/no/pdfs/stm201020110018000dddpdfs.pdf>, hentet 26.11.16.

Kunnskapsdepartementet (2008), Rammeplan for sykepleierutdanning.

Kunnskapsdepartementet (2005). Rammeplan for vernepleierutdanning.

Kunnskapsdepartementet (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=opplæringslova>, hentet 1.7.16

Kvale, S. (1997). Det kvalitative forskningsintervju, Ad Notam Gyldendal.

Lysø, R. (2013). Kompetansekobling i offentlig sektor, presentasjon fra Trøndelag forskning og utvikling, <http://www.stfk.no/Documents/Nering/Seminar%20om%20forskning%20og%20innovasjon/Kompetansekobling%20R.Lys%c3%b8.pdf>

Mental helse: <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse>, (hentet, 11.12.14)

Molden, T.H.; Wendelborg, C. og Tøssebro, J. (2009). Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne. Analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LKF), NTNU Samfunnsforskning, <https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Levek%C3%A5rsanalyse%2015%20april.pdf>, hentet 26.11.16.

Mykletun og Knudsen (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8, <https://fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>, hentet 26.11.16.

Nasjonalt folkehelseinstitutt, <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>, hentet 1.7.16)

NOU 2004:18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene — Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-18/id150699/>, hentet 26.11.16.

NOU 1986:4. Samordning i helse- og sosialtjenesten.

Olsen, Terje (2006). En helt vanlig jobb? En studie av utviklingshemmede i arbeidslivet. NF-rapport 6/06. Bodø: Nordlandsforskning, [http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/134933/Dokumenter/Rapporter/2006/Rapp\\_06\\_06.pdf](http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/134933/Dokumenter/Rapporter/2006/Rapp_06_06.pdf), hentet 26.11.16.

Riksrevisjonen, (2015). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015–2016), <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>, hentet 26.11.16.

Senter for omsorgsforskning Sør og Senter for omsorgsforskning Vest (2014) «Forskning for bedre og kommunale helse og omsorgstjenester», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskning-for-bedre-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/id757673/>, hentet 1.7.16

Søderstrøm, S. og Tøssebro, J. (2011): «Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levkår og tjenester for utviklingshemmede». NTNU Samfunnsforskning AS, Mangfold og inkludering. Trondheim.

Tøssebro, J. (2010) Hva er funksjonshemming. Otta: Universitetsforlaget.

Tøssebro, J. og B. Ytterhus og (2006) Funksjonshemmete barn i skole og familie: inkluderingsideal og hverdagspraksis. Dimograf Polen: Gyldendal Akademisk.

Tøssebro, udatert. Mangfold og muligheter, e-læringskurs fra SOR, <http://kurs.helsekompetanse.no/inkludering/18714>, hentet 1.7.16

Utdanningsdirektoratet (2006). Læreplanverket for Kunnskapsløftet. Prinsipper for opplæringen, [http://www.udir.no/globalassets/upload/larerplaner/fastsatte\\_lareplaner\\_for\\_kunnskapsloeftet/prinsipper\\_lk06.pdf](http://www.udir.no/globalassets/upload/larerplaner/fastsatte_lareplaner_for_kunnskapsloeftet/prinsipper_lk06.pdf), hentet 26.11.16.

WHO/Verdens Helseorganisasjon (1948). Constitution of WHO: principles, <http://www.who.int/about/mission/en/>, hentet 26.11.16

Willumsen, Elisabeth (red.) (2009) Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Otta: Universitetsforlaget.

Willumsen E. og A. Ødegård (red.) (2014) Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag. Universitetsforlaget.

Willumsen, Elisabeth, Tore Sirnes og Atle Ødegård (2014). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag, I Willumsen og Ødegård (red.) Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag. Universitetsforlaget.

Ødegård, A. (2008) Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. Phd-dissertation. University of Oslo: Department of psychology. Faculty of social sciences.



## Kartlegging av forskningsbehov innen feltet funksjonshemming og habilitering i Møre og Romsdal

### Samtykke-erklæring

For å gå videre i undersøkelsen må du her samtykke i å delta i undersøkelsen. Samtykke-erklæringen vil ikke bli knyttet til svarene dine. Alle data vil bli anonymisert.

Det er frivillig å delta i studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert og til å få korrigert eventuelle feil i de registrerte opplysningene. Du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere.

Dersom deltakelse trekkes, kan det kreves at innsamlede opplysninger slettes. Dersom det på et senere tidspunkt er ønskelig å trekke samtykket, kontaktes prosjektleder for studien.

### 1) Jeg samtykker i å delta i spørreundersøkelsen

- Ja
- Nei

Navnet ditt vil ikke bli koblet med svarene dine.

### 2) Underskrift på samtykkeerklæring

### 3) Sted

### 4) Fullt navn

5) Opplysninger om deg som svarer på undersøkelsen (disse opplysningene vil ikke bli knyttet til svarene dine, men skal gi oss oversikt over hva de som svarer har av utdanning, stilling og etat/organisasjon osv.)

### 6) Utdanning: (kun høyeste utdanningsnivå)

- Ufaglært
- Videregående skole
- Høgskole/Universitet

7) Stillingstittel: (Skriv navn på stilling)

8) Har du en lederstilling?

- Ja
- Nei

9) Tjenestenivå (velg en av 6)

- Statlig/Fylkesmann
- Fylkeskommune
- Kommune
- Spesialisthelsetjeneste Nordmøre og Romsdal
- Spesialisthelsetjeneste Sunnmøre
- Brukerorganisasjoner
- Annet

10) Hvis kommune, hvilken

Velg alternativ Nedtrekksliste med alle kommunenavn i Møre og Romsdal

11) Hvis brukerorganisasjon, hvilken: (Skriv navn på organisasjon)

12) Skriv navn på evt. tjeneste her:

13) Arbeidssted

- NAV
- Barnehage/skole/utdanning
- Tiltak funksjonshemmede
- Barn- eller voksenhabiliteringstjenesten
- PPT/kompetansesenter
- Koordinerende enhet
- Brukerorganisasjon
- Fylkesmann
- Helsetjenester

- Psykiatritjenester
- BUF-etat
- Kultur/fritid
- Politisk verv
- Annet

14) Hvis brukerorganisasjon, navn på organisasjon:

15) Hvis annet, oppgi hva:

16) Praksis (antall år med praksis innen feltet funksjonshemming/habilitering)

- Under 1 år
- 1-3
- 4-6
- 7-9
- Over 10 års erfaring

Les dette før du går videre:

Formålet med denne spørreundersøkelsen er som sagt å avdekke behovet for forskning innenfor feltet funksjonshemming og habilitering. Formålet er ikke å avdekke behov for kurs og utdanning, men hvilke områder/temaer det trengs mer kunnskap om. Kunnskap som forskning kan frambringe.

I vår definisjon av funksjonshemming inngår også utviklingshemning. Habilitering defineres i denne sammenheng som koordinerte og langvarige tjenester for og i samarbeid med personer med medfødt eller tidlig ervervede funksjonshemminger av fysisk, kognitiv, psykisk eller sosial karakter.

17) Hvilke områder innenfor feltet funksjonshemming og habilitering mener du det er behov for mer kunnskap om? Skriv opp 3 områder i nummerert og prioritert rekkefølge.

- 1.
- 2.
- 3.

18) Vet du om din kommune/organisasjon har deltatt i prosjekt/forskningsprosjekt de siste 5 år?

- Ja (forskningsprosjekt)
- Ja (annet prosjekt)
- Nei

19) Skriv inn tittel eller tema for forskningsprosjekt

20) Skriv inn tittel eller tema for annet prosjekt

21) Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene! Dersom du er villig til å delta i oppfølgingsundersøkelsen kan du lese mer om denne og fylle ut opplysninger her

Etter at vi har analysert svarene har vi tenkt å gjennomføre en oppfølgingsundersøkelse med noen av de som har svart. Dette vil enten bli i form av en gruppesamtale/-intervju, eller en rundebordskonferanse. Hensikten er å få utfyllende informasjon og diskutere funn og forskningsbehov.

Dersom du er villig til å delta i oppfølgingsundersøkelsen krysser du av for at du samtykker til dette, og fyller inn kontaktopplysninger.

Disse kontaktopplysningene vil ikke bli knyttet til svarene dine, de er kun nødvendige for at vi kan ta kontakt med deg og invitere deg til oppfølgingsundersøkelsen. Informasjonen som kommer fram i oppfølgingsundersøkelsen vil bli anonymisert.

22) Jeg samtykker til å være med på oppfølgingsundersøkelsen

- Ja
- Nei

Dersom du svarer JA:

23) Kontaktinformasjon: Navn

24) Kontaktinformasjon: Telefonnummer

25) Kontaktinformasjon: E-postadresse

TAKK FOR HJELPEN!

**FUNN KATEGORISERT**
**vedlegg 2**

<b>Kategori (antall totalt kategorien)</b>	<b>• Underkategorier</b>	<b>Antall underk.</b>
<b>1.Helse – 55 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysisk aktivitet</li> <li>Kost/ernæring</li> <li>Sykdom/skade</li> <li>Seksualitet</li> <li>Medisinering</li> <li>Habilitering og helseoppfølging</li> <li>Annet</li> </ul>	13 10 11 7 2 5 7
<b>2. Psykisk helse – 67 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spesifikke psykiske lidelser evt. i kombinasjon med annen diagnose</li> <li>Psykisk helse, rettigheter, utredning og tiltak</li> <li>Psykisk helse og utviklingshemming</li> <li>Annet om psykisk helse</li> </ul>	28 11 21 7
<b>3.Diagnose - 48 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autismespekterdiagnoser</li> <li>Andre diagnoser</li> <li>Nevrologiske lidelser</li> <li>Kunnskap om diagnoser</li> <li>Annet</li> </ul>	15 9 5 8 11
<b>4.Organisering av tjenester – 52 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samarbeid, koordinering og tverrprofesjonalitet</li> <li>Organisering</li> <li>BPA</li> </ul>	27 22 4
<b>5. Inkludering/ integrering – 53 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrering og inkludering generelt</li> <li>Integrering og inkludering av barn og unge; integrering og inkludering i fritidsaktiviteter</li> <li>Integrering og inkludering i arbeidsliv/ dagaktivitet</li> </ul>	18 11 11

		13
<b>6. Tiltak/metode/prosedyre – 56 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metode/tiltak /prosedyre inkl. kartlegging og målsetting</li> <li>• Effekt av tiltak</li> <li>• Overganger/vedlikehold/relevans</li> <li>• Spesifikke områder/ sammensatte tema</li> </ul>	18 13 13 12
<b>7. Dagaktivitet – 33 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnehage og skole</li> <li>• Dagaktivitet og arbeid</li> </ul>	24 9
<b>8. Å leve med funksjonshemming – 14 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å leve med funksjonshemming</li> <li>• Følelser</li> </ul>	8 6
<b>9. Nettverk – 27 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For spredte svar til å lage underkategorier</li> </ul>	27
<b>10. Utfordrende atferd – 22 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utfordrende atferd</li> <li>• Tvang/makt vold/ konflikt</li> </ul>	19 3
<b>11. Jus – 16 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av tvang og makt</li> <li>• Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9</li> </ul>	15 1
<b>12. Aldring/ demens - 19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For få og generelle svar til å lage underkategorier</li> </ul>	19
<b>13. Brukermedvirkning – 8 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For få svar til å lage underkategorier</li> </ul>	8
<b>14. Hjelpemiddel – 11 svar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For få svar til å lage underkategorier</li> </ul>	11
<b>15. Restkategori - 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke hensiktsmessig med underkategorier</li> </ul>	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalt - overlapp pga. flerdelte enkelt svar</li> </ul>	<b>489</b>



Høgskolen i Molde  
PO.Box 2110  
N-6402 Molde  
Norway  
Tel.: +47 71 21 40 00  
Fax: +47 71 21 41 00  
[post@himolde.no](mailto:post@himolde.no)  
[www.himolde.no](http://www.himolde.no)



Møreforsking Molde AS  
Britvegen 4  
N-6411 MOLDE  
Norway  
Tel.: +47 71 21 42 90  
Fax: +47 71 21 42 99  
[mfm@himolde.no](mailto:mfm@himolde.no)  
[www.mfm.no](http://www.mfm.no)